

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 129

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

VOLVULUS DE L'INTESTIN GRÊLE

(DEUX OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1921

PAR

Marcel PANIS

Né à Boufarick le 13 Mai 1893

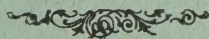
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (5 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE agrégé

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3. Rue Ferdinand-Fabre 3

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'INTESTIN GRÊLE

(DEUX OBSERVATIONS)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 129

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'INTESTIN GRÊLE

(DEUX OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1921

PAR

Marcel PANIS

Né à Boufarick le 13 Mai 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (5 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs

de la Thèse

{ TÉDENAT, professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE agrégé. }

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen.</i>
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRE.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur.</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.)
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Chimie	DELMAS (J.)	Physique	CABANNES.
	MESTREZAT		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. TÊDENAT, professeur, <i>Président.</i>	MM. RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

M. PANIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
OFFICIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR

*Qui me fait l'honneur de présider cette
thèse, en hommage de respectueuse
reconnaissance pour l'accueil qu'il
m'a réservé et pour son précieux
enseignement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGREGÉ LAPEYRE

*Qui m'a aidé de ses conseils pendant
toute la durée de mes études et
qui m'a suggéré l'idée de ce tra-
vail, j'offre l'assurance de mes
sentiments reconnaissants et dé-
voués.*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ

MEIS ET AMICIS

M. PANIS,

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont appris l'art difficile de guérir.

Nous remercions plus spécialement nos maîtres des hôpitaux : MM. les professeurs Tédénat, Forgue, Ducamp, Estor, Vedel, Lapeyre ; leurs leçons cliniques, que nous avons suivies avec intérêt, nous seront d'un grand secours dans la pratique journalière.

Que M. le professeur Tédénat reçoive ici l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

Nos remerciements s'adressent également à M. le professeur agrégé Lapeyre, qui nous a donné l'idée de ce travail, et à notre camarade, le docteur Vinon, qui nous a communiqué tous ses documents avec la plus grande amabilité.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'INTESTIN GRÊLE

(DEUX OBSERVATIONS)

INTRODUCTION

Le volvulus de l'intestin grêle est assez rare. Beaucoup moins fréquent que le volvulus du gros intestin, il a été longtemps méconnu. On commence, à l'heure actuelle, à le mieux connaître, mais les observations en sont cependant encore rares et éparses. Aussi, avons nous cru intéressant de consacrer notre thèse inaugurale, à l'étude de cette intéressante torsion de l'intestin.

Nous devons nos remerciements à M. le professeur agrégé Lapeyre et à M. le docteur Vinon, qui nous ont aimablement communiqué deux observations typiques de volvulus du grêle, qui serviront de base à notre étude. Notre plan sera, en effet, le suivant :

Nous publierons d'abord nos observations, avec tout le détail qu'elles comportent ; forts des faits cliniques observés, nous en tirerons des conclusions d'ordre anatomo-cliniques, apportant ainsi notre modeste contribution à l'étude de cette importante question.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Volvulus partiel du grêle chez un homme atteint de hernie inguino-interstitielle.

— Extériorisation des anses lésés. — Mort.

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur Lapeyre)

C. F..., âgé de 24 ans, cultivateur, entre à l'hôpital Suburbain de Montpellier, le 9 juillet 1919 ; il est admis dans le service de M. le professeur Tédénat, salle Bouisson, n° 24, pour étranglement herniaire.

Cet homme, jeune et vigoureux, présente, depuis quatre ans, une hernie inguinale droite, avec ectopie testiculaire, hernie assez volumineuse, mais qui ne le fait pas souffrir et ne le gêne en rien dans son travail.

Le matin même, 9 juillet 1919, brusquement le malade a ressenti de violentes douleurs dans l'abdomen et le scrotum ; la hernie a grossi et est devenue complètement irréductible ; en même temps, des nausées apparaissaient, qui ne tardaient pas à être suivies de vomissements alimentaires abondants.

Un médecin appelé, diagnostique un étranglement herniaire, essaie d'y remédier par un taxis prolongé, mais devant l'insuccès de ses manœuvres ; envoie le malade à l'hôpital.

A l'entrée dans le service de M. le professeur Tédénat, on examine le malade ; ce qui frappe d'abord, c'est

l'atteinte profonde de l'état général. Bien que le début des accidents remonté à peine à dix ou douze heures, le facies du malade est très altéré. Le teint est terreux, le front mouillé de sueurs, les ailes du nez battent, les yeux sont excavés, bistrés ; en un mot, c'est le facies péritonéal.

La respiration est superficielle et rapide ; le pouls, petit et mal frappé, bat à 120 à la minute ; la température est peu modifiée. Au cours de l'examen, quelques vomissements bilieux se produisent.

Examinant de plus près le malade, nous constatons d'abord qu'il présente dans la région inguino-scrotale droite, une volumineuse hernie en bissac. La portion scrotale est la plus petite, elle a le volume d'une mandarine, elle est régulièrement arrondie, lisse, mate et rénitente, gonflant une bourse atrophiée ; elle est séparée de la portion inguinale par une sorte de sillon correspondant à l'orifice externe du canal inguinal. Cette seconde partie de la tumeur, présente les mêmes caractères de matité, de rénitence et de sensibilité douloureuse que la partie scrotale et forme une masse ovoïde à grand axe parallèle à l'arcade crurale, s'étendant en haut jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, mesurant dix centimètres dans son plus grand axe et huit dans son plus petit. Le ventre est tendu et ballonné.

Intervention immédiate, sous anesthésie générale à l'éther, goutte à goutte.

Incision inguinale classique et ouverture du sac herniaire ; il s'écoule une assez grande quantité de liquide hématique ; il s'agit d'une hernie en bissac variété inguino-interstitielle avec deux poches, l'une scrotale, l'autre occupant une loge clivée dans le trajet inguinal, sous l'aponévrose du grand oblique.

Dans le sac, apparaît une anse grêle, absolument noire ; le doigt introduit vers le collet du sac, trouve un orifice des dimensions d'un pièce de 2 francs et qui ne paraît susceptible d'être, par son contour, un agent d'étranglement bien énergique ; le collet est débridé largement ; on essaie alors d'extérioriser l'anse malade, elle ne cède pas aux tractions ; il s'écoule par contre, au cours de cette manœuvre, une notable quantité de liquide hématique, provenant de la grande cavité péritonéale. Le doigt fait pourtant et facilement, le tour du pied de cette anse et on sent même comme une sorte de pédicule qui plonge dans l'abdomen et remonte vers l'ombilic ; le doigt explorateur ramène d'ailleurs une nouvelle anse comme la première. On branche alors sur la première, une deuxième incision de débridement, se dirigeant vers l'ombilic ; de nouvelles anses intestinales grêles, de couleur noire, font irruption dans le champ opératoire, en même temps que s'écoule une abondante quantité de liquide hématique. On s'aperçoit alors qu'on se trouve en présence d'un volvulus partiel de l'intestin grêle ; il s'agit d'une torsion de 18° sur l'axe mésentérique effectué dans le sens des aiguilles d'une montre. On pratique rapidement la détorsion et on recouvre l'intestin de compresses imbibées de sérum physiologique chaud ; malgré ce, l'intestin reste toujours noirâtre, distendu et totalement immobile. Le mésentère est également le siège de lésions importantes : il est infiltré, noirâtre, ecchymotique et ses vaisseaux thrombosés, ne sont animés d'aucun battement. La longueur d'intestin ainsi atteinte, paraît mesurer 1 mètre à 1 m. 20 environ.

L'état du sujet étant très précaire, le pouls incomptable, on arrête l'intervention ; on se contente de retrécir l'incision et on laisse hors de l'abdomen, dans de grandes

compresses imbibées de sérum, les anses intestinales lésées.

Sérum artificiel intraveineux, huile camphrée et strychnine. Le malade succombe dans la nuit, vingt heures après les premiers accidents. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION II

Volvulus total du grêle. Décès quinze heures après le début des accidents.
Autopsie.

(Cette observation due à l'obligeance du Docteur Vinon a été publiée très résumée dans le *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Montpellier* Octobre 1920).

C... J., âgé de 24 ans, soldat au 164^e R. I. est admis à mon ambulance (ambulance 1/1 du 7^e C. A.) en pays rhénan, le 6 avril 1919 à 23 heures. Le malade nous est évacué des environs de Liège par chemin de fer (environ 150 kilomètres) et son billet d'hôpital porte la mention : « En observation pour appendicite aiguë. » Le médecin de garde, jeune étudiant au bagage médical assez réduit se contente de confirmer le diagnostic d'entrée et prescrit le traitement médical classique de la crise appendiculaire : diète absolue, glace sur le ventre, morphine et huile camphrée. Le lendemain matin, vers 10 heures, le médecin-chef de la division des fiévreux qui a reçu le malade (!) me fait appeler. Je me trouve alors en présence d'un tableau clinique des plus alarmants. Les traits du malade sont tirés, sueurs froides, nez pincé, yeux excavés, cernés, les ailes du nez battent, la respiration est courte et superficielle. Le malade est figé dans le décubitus dorsal, les genoux relevés, tout mouvement est extrêmement pénible. Le pouls est filiforme, absolument incomptable, la température rectale prise le matin même

est à 36° à peine. On a quelque peine à tirer du malade quelques paroles, mais grâce au concours de camarades et d'un infirmier qui l'ont accompagné, nous arrivons à reconstituer l'histoire de l'affection actuelle. De bonne santé habituelle, C... J., vigoureux fantassin a fait la guerre sans autre encombre qu'une blessure légère d'un membre cicatrisée depuis longtemps et n'apportant aucune gêne fonctionnelle appréciable. Le début des accidents remonte à 18 heures ; il a été très brutal ; en pleine santé, douleur en coup de poignard au niveau de la partie droite du ventre : la douleur a été à peine calmée par une piqûre de morphine faite par un médecin appelé d'urgence, — des vomissements se sont montrés très précocement, très abondants, alimentaires puis bilieux ; en raison de ces accidents l'évacuation du malade a été aussitôt décidée.

Depuis le début des accidents, les vomissements se sont reproduits, peu abondants il est vrai ; l'état général a décliné considérablement jusqu'à présenter la gravité actuelle.

L'examen du malade montre que toute la paroi abdominale est uniformément contracturée, c'est un ventre de bois. Le ballonnement n'est pas très marqué, il n'est pas non plus uniforme, plus accusé dans les régions droites et particulièrement au niveau de la fosse iliaque et de la région ombilicale ; dans cette dernière le malade accuse de très vives douleurs spontanées et la palpation y éveille des sensations particulièrement pénibles.

La percussion ne révèle que de la sonorité dans toute l'étendue de l'abdomen, il ne semble pas exister de liquide dans la cavité péritonéale.

En présence d'une semblable symptomatologie, nous pensons à une occlusion par étranglement interne, mais

l'heure de l'intervention est passée, car le malade est littéralement moribond. L'exitus se produit en effet, deux heures à peine après notre examen, — par conséquent, — soulignons-le, moins de vingt-quatre heures après le début des accidents.

L'autopsie a été pratiquée le lendemain. A l'ouverture de l'abdomen très distendu, issue d'un bouquet d'anses intestinales d'aspect noirâtre, certaines sont plutôt rougeâtres : la première impression est qu'il s'agit d'un étranglement par bride, mais on s'aperçoit bien vite que l'agent de l'étranglement qui se trouve à la base du bouquet des anses intestinales en voie de sphacèle est précisément une anse grêle : un examen attentif permet de se rendre compte que c'est la première anse jéjunale, partiellement étirée et aplatie qui est à la base, au pied du bouquet, enroulée d'environ 180° à 200° sur la dernière anse. Dans l'intervalle tout l'intestin grêle constitue une sorte de bouquet (en voie de sphacèle). Le mésentère est tordu lui aussi autour d'un axe correspondant sensiblement au trajet des vaisseaux mésentériques. Les vaisseaux sont thrombosés. Enfin une petite quantité de liquide hématique existe dans les flancs. Ces diverses constatations permettent de conclure qu'on se trouve en présence d'un volvulus total de l'intestin grêle.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le volvulus de l'intestin grêle est rare. La torsion est beaucoup plus fréquente au niveau du gros intestin : on la rencontre un particulier sur l'S iliaque 2 à 3 fois plus souvent que sur l'intestin grêle. L'affection est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme : elle se rencontre surtout chez des individus jeunes (24 ans dans nos deux observations).

Les causes intimes du processus de torsion sont encore mal connues. Pour qu'une anse intestinale puisse se tordre et s'étrangler à la base, il faut évidemment deux conditions principales ; à savoir que son mésentère soit assez long et étroit et que le pied soit de faibles dimensions.

La longueur exagérée du mésentère semble donc être une prédisposition indiscutable à la torsion du grêle. Quant à l'accumulation des fèces dans le tube intestinal son rôle est évidemment beaucoup moins considérable ici qu'au niveau de l'S iliaque.

D'ailleurs le contenu de grêle est liquidé à l'état normal et les matières ne s'y accumulent que s'il existe déjà une sténose de l'intestin. — Certains auteurs ont cependant fait jouer un rôle considérable à cette stase des

matières. — Pour Spasso Koukotsky (de Smolensk). Le volvulus de l'intestin est une affection de l'homme famélique; on sait que cette affectation est très fréquente en Pologne et en Russie; dans ces contrées le volvulus paraît même être la cause la plus fréquente de l'occlusion aiguë. L'auteur en 11 ans a observé à l'hôpital de Smolensk 96 cas d'ileus aigu qui se répartissent ainsi :

Invagination intestinale.	8 cas
Etranglement interne.....	20 cas
Tumeurs.....	8 cas
Hernies propéritonéales.....	5 cas
Cause inconnue.....	8 cas
Volvulus intestinal.....	47 cas

Sur ces 47 cas on compte encore :

19 cas de volvulus de l'S iliaque.

28 cas — de l'intestin grêle.

On voit donc que le volvulus du grêle est plus fréquent que celui du gros intestin dans la statistique rapportée. Il est loin d'en être toujours ainsi.

Spasso Koukotsky fait donc jouer un très grand rôle à l'accumulation des fèces dans le grêle — sans entrer dans le détail des très longues explications qu'il donne à ce sujet, pour expliquer la torsion de l'intestin, qu'il nous soit permis de dire que l'auteur a probablement exagéré le rôle de ce facteur mécanique qui nous paraît agir plutôt comme cause favorisante — Le facteur principal paraît être surtout dans la longueur exagérée du mésentère, disposition la plus souvent d'origine congénitale.

On note souvent dans les observations la coexistence de hernie et de volvulus du grêle : 17 cas sur 61 ; (il en était ainsi dans l'observation n° 1) pour les uns, les deux affections reconnaîtraient la même cause : une longueur anormale du mésentère ; pour les autres, la présence du

sac herniaire, diverticule de la cavité péritonéale, trouble-rait profondément la topographie des anses intestinales et prédisposerait à la torsion de l'intestin. Il est incontestable que la fixation d'une anse grêle ou de plusieurs dans le sac herniaire, ou leur mobilisation anormale et répétée, lorsqu'elles habitent et quittent successivement le sac, ou passent alternativement d'une poche dans l'autre (hernie inguino-interstitielle, observation n° I) sont des causes favorisantes pour leur enroulement autour de leur pédicule.

Peuvent être considérés aussi comme causes favorisantes les traumatismes, les changements rapides de position (passage en particulier de la position de Trendelenburg au décubitus dorsal). Les brides cicatricielles, les diverticules de Meckel, de dispositions anormales peuvent être aussi la cause de certains volvulus partiels. Lejars cite le cas d'un volvulus consécutif à une entéro-anastomose.

Au point de vue anatomique le volvulus de l'intestin grêle est tantôt partiel, tantôt total, il peut s'accompagner ou non de torsion du gros intestin (et le plus souvent alors du cæcum).

Le volvulus partiel est relativement plus fréquent (il en était ainsi dans notre première observation encore que la torsion ait porté sur un assez grand nombre d'anses). Lorsque la torsion s'opère sur une anse voisine de la dernière (anse iliale), le cæcum et même le colon peut participer au mouvement — il est nécessaire que ces portions du gros intestin présentent un méso assez lâche pour permettre de s'enrouler.

Le volvulus partiel, arrive à causer assez vite une occlusion grave, mais étant donné qu'il porte sur quelques anses seulement (parfois même sur une seule) il est

d'une cure relativement plus aisée. P. Delbet qui a fait une longue étude de la torsion de l'intestin grêle, insiste beaucoup sur le sens de la torsion et son amplitude. Il est bien évident qu'il règne à ce sujet une grande confusion dans les observations : Les uns rapportant le sens à la droite et à la gauche de l'opéré, d'autres à la droite et à la gauche de l'opérateur. Mieux vaudrait pour éviter toute équivoque désigner le sens par rapport à celui des aiguilles d'une montre ; dans nos observations la torsion s'était faite dans le sens des aiguilles d'une montre.

Il en est souvent ainsi, mais il est bien certain que la torsion peut se faire dans les deux sens.

Le degré de la torsion varie aux environs de 180° (il en était ainsi dans notre première observation) mais parfois l'enroulement est plus complet (deux et trois tours dans certains cas).

Dans le volvulus total, la disposition anatomique est un peu spéciale ; cette éventualité ne peut se produire que si le mésentère est suffisamment développé et sa racine (normalement de 15 centimètres) diminuée de longueur ; dans ces conditions le volvulus se produit autour d'un axe correspondant sensiblement aux vaisseaux mésentériques supérieurs. La torsion débute d'ailleurs à une certaine distance de la racine du mésentère ; « celui-ci s'étale au niveau de l'intestin, présentant l'aspect de deux coins opposés par le sommet au point même de la torsion » P. Duval. Les anses intestinales affectent une disposition particulière, elles se présentent dans leur ensemble sous la forme d'une sorte de bouquet conique étranglé à sa base par suite de l'enroulement des anses iléales et jéjunales, — généralement par suite de la torsion totale ces deux anses : la première et la dernière se croisent ainsi et se compriment ; ce sont elles qui sont

le siège de l'étranglement maximum, — il y a aussi une autre raison, c'est qu'elles sont fortement coincées par l'arête vive formée par les bords, supérieur d'une part, inférieur d'autre part, du mésentère volvulé.

Le mésentère présente des lésions importantes : Par suite de la torsion des vaisseaux mésentériques il se fait rapidement un arrêt de la circulation veineuse, la circulation artérielle continuant, il en résulte toutes les conséquences anatomiques déjà étudiées : Infractus hémorragique, ascite sanglante et sphacèle des anses. La péritonite rapidement mortelle est alors la conséquence de cette dernière et redoutable complication.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Le volvulus de l'intestin grêle se manifeste le plus souvent en clinique, par le syndrome de l'iléus aigu, on peut même dire qu'il le réalise avec une très grande intensité. Dans notre première observation, c'est brusquement une très vive douleur que ressent, au niveau d'une volumineuse hernie scrotale, un jeune malade de 24 ans ; dans la deuxième, la douleur est brutale, en coup de poignard, terrassant en pleine santé apparente, un vigoureux soldat du même âge que le précédent.

La plupart des observations publiées, indiquent aussi un début semblable, mais la clinique ne connaît pas de lois et dans certains cas, le début est beaucoup plus insidieux et la succession des événements ne se déroule pas avec l'inexorable brutalité que nous avons signalé.

Parfois même, l'affection présente l'allure de crises d'obstruction intestinale chronique et passagère.

Lorsque le syndrome d'iléus est réalisé, il se présente avec l'ensemble symptomatique habituel et il est le plus souvent très difficile de faire un diagnostic étiologique précis ; cependant, P. Delbet, dans une monographie importante et dans plusieurs communications à la Société de chirurgie, a insisté sur un certain nombre de

signes ayant une valeur importante. Se basant sur quatorze observations de volvulus à peu près total du grêle, il considère comme ayant une valeur clinique la triade symptomatique suivante :

- 1° Le ballonnement rapide et considérable.
- 2° L'épanchement intra-péritonéal de sérosité.
- 3° Le caractère non fécaloïde des vomissements.

Chacun de ces signes s'explique aisément.

Le ballonnement tient à la distension rapide et énorme de la plupart des anses grêles; l'ascite sanguinolente est due à la torsion mésentérique. (La circulation veineuse est arrêtée, mais la circulation artérielle continue, tout au moins partiellement.) Les vomissements ne deviennent guère fécaloïdes, car l'obstacle siège très haut et seul le contenu gastrique et le contenu duodénal peuvent être évacués.

Dans nos observations, quelques points sont à souligner: dans la première, la présence d'une hernie à d'abord fait croire à un étranglement au niveau du collet — les signes d'occlusion lui ont été rapportés; notons, cependant, qu'il existait un météorisme considérable, une volumineuse ascite sanglante. Les vomissements, malgré la gravité de l'état général, avaient été uniquement alimentaires et bilieux.

Dans la deuxième observation, le ventre était peu ballonné, pas d'épanchement péritonéal cliniquement appréciable et cependant il s'agissait d'un volvulus total du grêle, variété dans laquelle ces divers signes sont notés avec le plus d'intensité. On voit donc que, dans une première série de cas où les malades sont porteurs de hernie (observation première), le diagnostic incline aussitôt vers l'étranglement herniaire: pour les autres cas, la majorité d'ailleurs, on fait le diagnostic d'occlusion intestinale.

Dans les volvulus partiels, les signes physiques peuvent être plus précis, suivant Von Wahl, la dilatation intestinale débute toujours sur l'anse immédiatement sus-jacente à l'obstacle ; elle se traduit à la vue par une asymétrie abdominale, à la palpation par une résistance sous-pariétale élastique en général parfois dure ; elle donne l'impression d'un cylindre membraneux, tendu, rempli d'air ; à la percussion, elle est d'une sonorité exagérée et présente au début des limites très nettes.

Nous avons tracé le tableau clinique de l'occlusion aiguë par volvulus du grêle, mais il est des cas dans lesquels on n'observe point avec une aussi grande netteté le syndrome de l'Iléus aigu.

Bien que ces cas soient relativement rares, il importe de les bien connaître.

Tel celui rapporté par Ombredanne (Société de chirurgie, 30 avril 1919.) Il s'agit d'un enfant qui a été sevré à dix-huit mois et qui, à partir de ce moment, eut constamment des vomissements verdâtres avec quelques alternatives de mieux et de plus mal pendant des années. L'enfant est enfin admis à l'hôpital, en juillet 1918, à l'âge de 11 ans, avec des vomissements verdâtres. Occlusion complète avec arrêt absolu des matières et des gaz. pendant huit jours. Laparotonie ; à l'intervention, on trouve un volvulus total de l'intestin, la torsion a atteint tout le grêle et entraîne le cœcum. L'opération a consisté dans la détorsion du volvulus et la fixation de l'intestin. Le malade a fait une guérison complète.

Plus récemment, Hridiste (Spitalul, 1921. tome XLI, n° 1. p. 14), publie l'observation suivante, dont nous ne retiendrons que les principaux symptômes, présentés par la malade. Jeune ouvrière de 34 ans, prise, au début d'août 1920, de quelques douleurs abdominales avec

nausées, après des périodes successives d'amélioration et de rechute, les douleurs reviennent brusques et intenses, en septembre de la même année.

A l'entrée on constate : douleur très vives autour de l'ombilic, vomissements non fécaloïdes et constipation absolue. L'état général est bon, le pouls à 9°, sans fièvre. — L'abdomen est modérément ballonné pas de péristaltisme. La palpation est partout douloureuse et la défense de la paroi empêche d'apprécier le contenu de la cavité. Rien d'anormal au toucher vaginal ou rectal. L'opération faite dès l'entrée de la malade montre un volvulus total du grêle. Détorsion, guérison simple.

On voit donc que dans ces cas, le tableau clinique est suffisamment différent de celui que nous avons esquissé au début et qui fut celui présenté par les malades de nos deux observations. Mais ces faits sont évidemment moins fréquents et le tableau de l'occlusion par volvulus reste des plus sombres.

L'évolution habituelle en est en effet le plus souvent fatale. Seule une intervention très précoce et rapidement conduite peut sauver les malades. Comme cette dernière condition est rarement réalisée la mortalité reste encore considérable.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement du volvulus de l'intestin grêle est essentiellement chirurgical — comme le fait très justement remarquer P. Duval « il ne saurait être question d'intervention palliative dans l'occlusion par volvulus du grêle puisque l'étranglement siège au dessus et au-dessous des anses distendues ».

C'est donc à la laparotomie que l'on devra avoir recours, seule intervention rationnelle et susceptible de donner un résultat. Mais il faut bien l'avouer le diagnostic de volvulus n'est guère posé avant l'intervention et on intervient pour un syndrome d'iléus dont la cause reste souvent inconnue avant l'acte opératoire. C'est avec une très grande attention que l'on devra étudier les symptômes présentés par le malade et rechercher la triade symptomatique qui pourra révéler un obstacle sur l'intestin grêle. L'indication de la laparotomie sera alors formelle : l'anus d'urgence est complètement à rejeter.

L'intervention étant décidée comment la pratiquer ? Il est un précepte général dans ces laparotomies d'urgence faites par les iléus grave : il faut aller très vite et faire très largement.

La première indication tombe sous les sens : ce n'est pas à un malade profondément intoxiqué déjà que con-

viennent les interventions de longue durée très skockantes par elles mêmes et par la dose d'anesthésique dont elles nécessitent l'emploi.

La deuxième indication est absolue aussi. Il faut suivant le conseil de Lejars (chirurgie d'urgence édition 1911) « faire une très grande incision et une large éviscération d'emblée ». Mieux vaut s'abstenir si l'on n'est pas décidé d'emblée à voir nettement la cause de l'ileus ; on n'y peut parvenir que par cette méthode.

Lorsqu'on a la lésion sous les yeux quelle conduite tenir ?

A ce point de vue il y a lieu de distinguer encore les volvulus partiels et les volvulus totaux.

Dans les volvulus partiels, si l'intestin est en bon état, si l'anse impliquée n'est pas à la veille du sphacèle, on essaie la détorsion et la reposition de l'anse. Cette détorsion doit se faire en sens inverse de la torsion, cause de l'étranglement. C'est donc généralement en sens inverse des aiguilles d'une montre qu'il faudra agir, parfois c'est dans le sens des aiguilles d'une montre.

Lorsque l'anse ou les anses intestinales impliquées sont en mauvais état, la résection intestinale avec enterorrhaphie circulaire s'impose à condition toutefois que l'état du malade, ne soit pas trop précaire ; auquel cas on extériorise le paquet intestinal, on vide la cavité péritonéale de l'ascite sanguinolente qu'elle contient, on enveloppe l'intestin dans des compresses imbibées de sérum.

Enfin dans nombre de ces volvulus partiels, il n'est pas rare de voir certaines brides inflammatoires, le diverticule de Meckel, voir même l'appendice, jouer un rôle actif dans le maintien de l'étranglement, il en faudra tenir compte et s'occuper de ses organes comme ils le méritent.

Le volvulus total du grêle comporte une gravité beaucoup plus considérable en raison de la très grande étendue de l'intestin volvulé.

L'éviscération totale s'impose : elle seule permet de se rendre un compte exact des lésions, de voir l'agent de l'étranglement. Lorsqu'on se trouve en présence d'une torsion totale de l'intestin grêle et de son mésentère, une seule ressource opératoire existe : elle réside dans la détorsion qui doit être faite suivant les cas tantôt dans le sens des aiguilles d'une montre tantôt en sens inverse.

Cette éviscération totale et les manœuvres qui l'accompagnent comportent un pronostic des plus sérieux : il s'agit là, en effet, d'une intervention extrêmement shockante et dans les formes aiguës du volvulus qui sont l'immense majorité, l'intervention arrive presque toujours trop tard.

Mais il est des cas, à la vérité, plus rares dans lesquels la symptomatologie est beaucoup moins bruyante, tapageuse, nous avons montré au chapitre de l'étude clinique qu'il existe des formes de volvulus du grêle dans lesquelles le syndrome d'occlusion s'installe lentement, insidieusement, avec des alternatives de mieux et de plus mal, au point même que pour certains on peut parler (comme pour l'S iliaque) de volvulus chronique. Témoin la malade de Hristidi (Spitalul 1924). Ouvrière âgée de 34 ans, elle présente pendant tout le mois d'août 1920 des petits signes d'obstruction intestinale qui, après des périodes d'exagération et de diminution aboutissent au début de septembre à l'occlusion complète : La malade est opérée le 4 septembre ; on note avant l'intervention : état général bon, facies coloré, pouls à 90, température 37°. Laparotomie médiane sous-ombilicale : l'intestin grêle est fortement distendu, violacé. Le cæcum n'est

pas ballonné, la terminaison de l'iléon est normale sur une longueur de 15 centimètres, puis l'anse iléale s'engage en compagnie de l'anse jéjunale sous le mésentère. Soupçonnant un volvulus, H. fait une éviscération totale. Le mésentère est tordu, allongé, ses vaisseaux dilatés, nettement perméables, il y a aussi quelques brides épiploïques faisant de la striction et qui sont libérées. Enveloppant alors la masse intestinale dans un champ mouillé de sérum, on procède à la détorsion en faisant exécuter un tour entier (360°) dans le sens des aiguilles d'une montre. Sitôt la détorsion obtenue, l'intestin reprend sa coloration normale, de vives contractions s'observent, suivies d'émissions de gaz et de matières fécales. Les anses sont réduites et la paroi suturée. Les suites sont très simples et la malade sort au bout de trois semaines complètement guérie.

On voit donc qu'il existe des formes plus favorables au point de vue du traitement, mais elles constituent encore une faible minorité.

La statistique de Vaughan qui date de 1903 relevait 51 opérations et 20 guérisons, mais la mortalité est très différente pour les volvulus partiels et pour les volvulus totaux.

Volvulus partiels : 34 opérations, 17 guérisons, 50 0/0.

Volvulus totaux : 17 — 3 —

La mortalité opératoire est donc de plus de 80 0/0 dans les volvulus totaux du grêle. Si l'on tient compte du nombre assez grand de volvulus non opérés, on voit que la mortalité absolue reste encore considérable. Seule, une intervention très précoce et habilement conduite peut sauver une petite minorité de malades.

CONCLUSIONS

I. — Le volvulus de l'intestin grêle est rare ; survient le plus souvent chez des hommes jeunes. L'âge optimum paraît être de 25 à 35 ans.

II. — Les conditions de production du volvulus sont réalisées au maximum quand le mésentère est très long flottant et pourvu d'une racine courte.

III. — Le volvulus peut être partiel ou total ; dans ce dernier cas le mésentère participe en entier à la torsion. La gêne et l'arrêt de la circulation mésentérique sont causes d'infractus, d'ascite sanguinolente et de sphacèle des anses.

IV. — Dans l'immense majorité des faits, le volvulus se traduit en clinique par le syndrome de l'iléus aigu réalisé avec le maximum d'intensité. Le diagnostic de volvulus est très rarement posé : cependant P. Delbet a insisté sur la triade symptomatique suivante souvent observée :

Météorisme abdominal considérable ;

Ascite sanguinolente ;

Vomissements non fécaloïdes.

Mais, pour un petit nombre de cas, l'évolution est plus lente, les signes d'occlusion s'installent alors insidieusement.

V. — Le pronostic est très grave. L'évolution normale se fait rapidement vers la mort par péritonite aiguë.

VI. — Le traitement est essentiellement chirurgical, il consiste en la laparotomie d'urgence avec éviscération totale, seule méthode permettant de reconnaître la cause de l'étranglement. Dans le volvulus total la détorsion est la seule méthode à employer. Dans le volvulus partiel on doit effectuer la détorsion si l'anse est en bon état, la résection intestinale si elle est sphacélique et si l'état du malade le permet. L'anus d'urgence est complètement à rejeter.

VII. — Les résultats des interventions sont peu encourageants. La mortalité est de 80 % dans les volvulus totaux ; elle est moindre cependant dans les volvulus partiels (environ 50 à 55 %). La mortalité absolue est certainement beaucoup plus élevée de nombreux cas échappant au contrôle opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

Nous nous bornerons à donner la liste par ordre chronologique des travaux que nous avons pu consulter :

Année 1898.

P. DELBET. — Occlusion par torsion du grêle. (*Bull. Soc. Chirurgie*, juin 1898).

Année 1899.

BÉRARD et DELORE. — Occlusion par torsion du mésentère. (Congrès de chirurgie, page 411).

Année 1903.

VAUGHAN. — *American Journal of Medical Sciences* (1903. T. 125, p. 799).

Année 1907.

P. DELBET. — Occlusion par torsion en masse de l'intestin grêle et de son mésentère. (*Bull. Société Chirurgie*, 29 mai 1907).

Année 1909.

R. KUAGGS (de Leeds). Quatre cas de volvulus associés à une hernie. (*The Lancet*, 1909. Tome I, n° 10).

J.-F. DOBSON. — Deux cas de volvulus associés à une hernie. (*The Lancet*, 1909. Tome I, n° 10).

WATERHOUSE. — Sur le volvulus de l'intestin.

Année 1909 (*suile*).

DENYER (de Hull). — Un cas de volvulus aigu de l'iléon.
(*British medical journal*, 29 mai 1909).

J.-B. CARNETT. — Occlusion intestinale par volvulus à travers une déchirure traumatique de mésentère. (*University of Penna. Med. Bull.*, juillet 1909).

SPASSO KOUKOTZKY (de Smolensk). — Le volvulus de l'intestin. (*Roussky Vrach*, tome VII, juillet 1909).

Année 1910.

PHILIPOVICZ. — Sur un cas de volvulus à répétition de l'intestin grêle. (*Archiv. für Klinische chirurgie*, t. XCVII, 1910).

HUBNER. — Volvulus de la totalité de l'intestin. (*Virchow's archiv für pathologische Anatomie*), t. CCI, n° 3, 1910.

GUINARD. — Article abdomen. (*Traité de chirurgie*. Le Dentu et Delbet).

Année 1911.

MÉRIEL. — Occlusion du grêle par volvulus au cours d'une grossesse de trois mois. (*Société de gynécologie et obstétrique de Toulouse*, 30 mai 1911).

J. BOCKEL et LEJARS. — Volvulus consécutif à une entéro-anastomose. (*Bulletin Soc. Chirurgie*, t. XXXVII, n° 17, 9 mai 1911).

Année 1912.

LAWRENCE. — Cas d'invagination compliqué de volvulus. (*The journal of the american medical association*, t. LVII, n° 26).

VIANNAY. — Occlusion du grêle. (*Société des sciences médicales de Saint-Etienne*, 15 déc. 1911).

Année 1912. (suite)

NEWTON. — Volvulus de l'intestin grêle. (*Australian medical journal*. Tome I, 14 octobre 1911),

Année 1913.

COTTE. — Volvulus de l'intestin grêle suivi d'une occlusion duodénale aiguë post opératoire, (Société des sciences médicales de Lyon, 13 nov. 1912).

LESNIOVSKY. — Sur le volvulus de l'intestin grêle. (Przeglad chirurgiczny i ginekologiczny. Varsovie).

FAHRISSE et CAUSSADE. — Volvulus du grêle. (*Rev. médic. de l'Est.*, t. XLV, n° 6, 15 mars 1913).

BOSQUETTE. — Volvulus total du grêle. Communication à la Société de médecine et pharmacie de l'Isère. (Tome XXXVI, n° 10, octobre 1912, p. 217-219).

Année 1914.

ARAPOFF. — Un cas de volvulus du grêle. (Guérison). (Société des chirurgiens russes de Moscou, 28 janvier 1913).

SCHEVEIZER. — Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin et de l'intestin grêle. (Correspondenz-Blatt für Scheveizer Herste. t. XLIV).

WILLETTE et TOP. — Occlusion par volvulus de l'intestin grêle. Laparotomie, guérison. (*L'Echo Médical du Nord*, t. XVIII, n° 25, 21 juin 1914.)

WEIBLE — Torsion totale du mésentère. (*Surgery, Gynecology and obstetrics*, t. XLX, n° 2, août 1914.)

Année 1915.

MICHAUX. — Volvulus partiel du grêle. (Société de chirurgie de Paris, 6 janvier 1915.)

Année 1919.

- DUBS (J.) [de Winterthur]. — Volvulus de l'intestin grêle par tumeur appendiculaire. (Corresponden. Blatt für Schweizer aerzte.)
- OMBREDANNE. — Volvulus total de l'intestin à évolution chronique. (*Bulletin Société de Chirurgie*, 30 avril 1919.)

Année 1920.

- DUVAL (P.). — Article abdomen, (*Précis de pathologie chirurgicale*. Edition 1920.)
- QUERVAIN (DE). — *Traité de diagnostic-chirurgical*.
- KOTZAREFF. — (Rapport de Hartmann). Volvulus intestinal par malformation congénitale du péritoine et anomalie des artères mésentériques. (*Bulletin Société de Chirurgie*, p. 577.)

Année 1921.

- WINFIELD PERKINS. — Observations radiologiques d'un volvulus de l'angle duodéno-jéjunal. (*The Journal of the American Medical Association*, 9 avril 1921.)
- HRISTIDI (E.). — Volvulus total du grêle. Opération, guérison. (*Spitalul*, 1921, t. XLI, n° 1.)
- FRITSCH. — Sur l'étiologie de l'occlusion par torsion de l'intestin. (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. XLVIII, 26 mars 1921.)
- LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*, édition 1921.
- GUILLAUME (A.-G.). — Recherches anatomo-cliniques sur l'intestin grêle. (*Presse Médicale*, 1921, 15 juin, p. 474.)
- DESCOMPS. — (Deux observations dues à MM. Ginesty (de Toulouse) et Rudelle (d'Alger). Deux cas de volvulus entéro mésentérique. La *Presse Médicale*, samedi 9 juillet 1921.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*Contribution à l'étude du volvulus de
l'intestin grêle*, par Marcel PARIS.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Professeur,
TÉDENAT.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

